9.

Über einen Fall
von
Primärem Carcinom
der Vagina
kompliziert mit Schwangerschaft

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
in der
Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe der Hohen medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

vorgelegt
von

Paul Würst
approb. Arzt

(Zum Druck genehmigt am 2. März 1900)

Leipzig
Buchhandlung Gustav Fock
Gesellschaft m. beschr. Haftung
1900

Seiner lieben Mutter

in Dankbarkeit gewidmet

vom

Verfasser

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30598989

Wie die exakteren Forschungen der neueren Zeit das Dunkel der medizinischen Wissenschaft überhaupt bedeutend aufgehellt haben, so hat sich auch über eine hochinteressante und wichtige Krankheit der Schleier der Ungewissheit bedeutend gelichtet, nämlich über die Krebskrankheit. Kein Wunder, dass gerade dieses Uebel, dessen Bösartigkeit selbst dem Laien nur allzubekannt ist, schon seit langer Zeit das Interesse der Aerzte herausgefordert hat. Ein Blick in unsere Litteratur zeigt uns eine Unzahl von Abhandlungen, die sich mit dieser Krankheit beschäftigen. Der Grund dieser Reichhaltigkeit wird sofort klar, wenn man bedenkt, dass jeder Zweig der Medizin mit diesem Leiden zu rechnen und zu kämpfen hat, der innere Mediziner gerade so wie der Chirurg und der Frauenarzt. Ja, und gerade der letztere hat ganz besonders damit zu thun, da gerade das weibliche Geschlecht zu dieser Krankheit prädisponiert zu sein scheint; das beruht, sagt Birch-Hirschfeld, auf der häufigen Entwicklung dieser Geschwülste in den weiblichen Geschlechtsorganen.

Erheischt also dieses Uebel schon deswegen das Interesse des Frauenarztes, so muss sich dieses Interesse noch bedeutend steigern, wenn diese Krankheit nicht nur ein, sondern sogar zwei Menschenleben in Gefahr bringt, wie es doch der Fall ist, wenn eine Schwangerschaft durch ein Carcinom der Geburtswege kompliziert wird.

Relativ häufig ist das Zusammentreffen von Schwangerschaft mit Portiocarcinom, viel seltener mit einem Carcinom

der Scheide. Das letztere wurde vor kurzer Zeit in der Frauenklinik zu Leipzig beobachtet, und hatte Herr Geheimrat Zweifel die Liebenswürdigkeit, mir diesen Fall zum Zwecke der Dissertation zu überlassen.

Wir wollen nun zunächst den Leipziger Fall und im Anschluss daran die Fälle betrachten, welche dem unsrigen parallel und in der Litteratur verzeichnet sind.

Fall I aus der Leipziger Frauenklinik.

Anamnese: Henriette W., Schuhmachersfrau, ist 41 Jahre alt, als Kind hat sie die Masern durchgemacht, sonst war sie angeblich stets gesund, die Familienanamnese ist ohne Bedenken.

Die Menstruation trat mit 20 Jahren ein, sie war immer regelmässig, alle drei bis vier Wochen und dauerte etwa acht Tage. Patientin hat sechs normale Geburten durchgemacht, die letzte im Jahre 1892, von da an keine Kinder mehr ausgetragen, sondern fünf Aborte im vierten bis sechsten Monate gehabt, den letzten 1896. Seit diesem Abort war die Periode nicht mehr regelmässig, sondern es traten unregelmässige Blutungen ein, alle 14 Tage bis drei Wochen sehr stark und drei bis vier Tage dauernd. Zu Pfingsten (Mai) 1899 hatte Patientin 14 Tage lang eine sehr starke Blutung. — Die Zeit der letzten Periode weiss Patientin wegen der unregelmässigen Blutungen nicht anzugeben. Sie glaubte nicht, in anderen Umständen zu sein, bis sie am ersten Pfingstfeiertage (21. Mai) Kindsbewegungen spürte. Seit Januar 1899 hat Patientin fleischwasserfarbenen Ausfluss, besonders während der Nacht, der Ausfluss war zeitweise übelriechend. Schmerzen hat Patientin nur, wenn sie blutet. Patientin hat nie einen Ring getragen.

Status: Die am 13. Juli 1899 aufgenommene, mässig kräftige Frau zeigt anämisches Aussehen, der Ernährungszustand ist anscheinend sehr reduziert. Abgesehen von den Genitalien ist der Körper völlig gesund. Fundus uteri zwei Querfinger oberhalb des Nabels, kleine Teile und Kindsbewegungen zu fühlen, kindliche Herztöne zu hören. Geringer Prolaps der vorderen und hinteren Scheidenwand; an der hinteren Scheidenwand 4 cm innerhalb des Hymenalringes beginnend ein breit aufsitzender, handtellergrosser, weicher, 2 cm dicker Tumor, der ins hintere Scheidengewölbe ragt und sich nicht von der hinteren Muttermundslippe, die verkürzt ist, genau abgrenzen lässt. Vordere Muttermundslippe derb, der Tumor blutet sehr leicht. Man kann leicht mit dem Finger in den morschen Tumor eindringen und bröckelige Massen abstreifen, der Tumor ist am Rectum adhaerent, doch ist die Schleimhaut des Rectum noch intakt und über dem Tumor verschieblich. Die Portio vaginalis ist walzenförmig, zwei Querfinger oberhalb der Interspinallinie; der Muttermund ist für ein bis zwei Finger durchgängig, die Blase steht.

Diagnose: Graviditas mensium VII. Carcinoma vaginae posterius, das letztere wurde durch mikroskopische Untersuchung bestätigt.

24. Juli. Portio ist frei, fühlt sich derb an; der Tumor beginnt im hinteren Scheidengewölbe zwei Querfinger von der hinteren Lippe entfernt. Orificium für drei Finger durchgängig. Blase steht. 2 cm innerhalb des Hymenalringes ist eine kirschkerngrosse Resistenz zu fühlen, Schleimhaut darüber intakt.

Unter diesen Umständen war beabsichtigt, den Tumor mit samt der Portio vaginalis, die ebenfalls etwas infiltriert war, zu excidieren und daran den vaginalen (eventuell auch den abdominalen) Kaiserschnitt anzuschliessen. Diese

Absicht wurde dadurch vereitelt, dass die Patientin spontan niederkam.

24. Juli: Abends stellen sich Wehen ein.

25. Juli: Früh 12^{15} h springt die Blase, 12^{30} h Geburt eines lebenden, 1500 g schweren, 35 cm langen Kindes.

12^{40} h folgt auf leichten Druck die Placenta.

Während und nach der Geburt keine nennenswerte Blutung.

Um 9 Uhr vormittags Operation Aethernarkose.

Auslösung des von der hinteren oberen Vaginalwand entspringenden Carcinomknotens. Umschneiden mit Thermokauter und Ablösen stumpf vom Rectum, welches intakt bleibt. Blutstillung mit Ligaturen, hierauf Umschneidung der Portio mit Thermokauter, Eröffnung des vorderen und hinteren Douglas. Unterbindung der Parametrien beiderseits und der Art. uterina mit doppelter Katgutschlinge (Thiersch'sches Schiffchen). Hierauf soll der Uterus durch den vorderen Peritonealspalt gezogen werden. Trotz Aufschneidens mit langer, gerader Scheere, Fassen mit Segonds, ja teilweisem Morcellement, gelingt dieses nur unter den grössten Anstrengungen. Hierauf Abbinden der Adnexe, nachdem schliesslich der Fundus uteri vorgewälzt. Unterstützung der Ligaturen durch einzelne Klemmen. Abtragen des Uterus. Blutstillung durch Anlegen von Billroth, da aus dem Scheidengewölbe noch geringe Blutung besteht. Hohe Gaze. Stopfgaze. Blutung steht. Urin klar. Geringe Nachblutung, als Patientin im Bett lag, die spontan steht.

27. Juli: Klemmen entfernt. Befinden gut.

28. Juli: Stopfgaze gezogen. Befinden gut.

30. Juli: Keine Klagen.

3. August: Tiefe Gaze entfernt, stark riechend.

6. August: Wenig Absonderung. Befinden gut.

10. August: Patientin steht auf.

11. August: Aufstehen ist gut bekommen.

12. August: Hohe Gaze entfernt, Wunde granuliert gut, wird entlassen.

Die Patientin ging nach Greiz zurück in die Behandlung des Herrn Dr. Fleck, dem wir folgende Mitteilungen verdanken.

Die Patientin erkrankte sehr bald an einem Rezidiv der rechten Parametralgegend, der Tumor wuchs enorm schnell, es traten kolossale Drüsenschwellungen der rechten Schenkel- und Leistendrüsen auf; ausserdem hatte die Frau unter heftigen Schmerzen des nicht oedematösen rechten Beins zu leiden. Unter schnellem Kräftezerfall ging die Patientin im Koma am 18. September 1899 (also noch nicht zwei Monate nach der Operation) zugrunde. Sektion wurde nicht gemacht.

Im Archiv für Gynäkologie berichtet Küstner zwei Fälle, die in der Klinik von Olshausen beobachtet wurden (Dr. O. Küstner: Über den primären Scheidenkrebs).

Fall II.

Frau B., 24 Jahre alt, war als Kind gesund, menstruierte vom 19. Jahre an regelmässig alle vier Wochen zwei Tage lang. Vor drei Jahren abortierte sie zum ersten, ein Jahr darauf zum zweiten Male je im sechsten Monat — macerierte Fötus — und nach wieder einem Jahre kam sie im siebenten Monat mit einem Kinde, das eine Stunde lang lebte, nieder. In den Pausen zwischen den drei Schwangerschaften war die Menstruation regelmässig wie früher, während der dritten Gravidität klagte Patientin jedoch über starken Fluor und seit dem dritten Wochenbett über fast kontinuierlichen Blutverlust aus den Genitalien; selten sei der Blutfluss von einem fleischwasserfarbenen Fluor unterbrochen gewesen. Seit Mai 1872

datiert die vierte Gravidität, auch während dieser „geht sie ununterbrochen im Blute“. Schmerzen bestehen erst seit sechs Wochen, und zwar bloss beim Stuhlgange und Coitus, ebensolange etwa bestehen Urinbeschwerden.

Befund Ende Oktober 1872: Patientin ist gut genährt, hat gesunde Gesichtsfarbe.

Vaginalwand ist von einer grossen Menge Höcker und Wülste besetzt, welche tiefe Furchen zwischen sich lassen; nur etwa der unterste Zoll der Vagina ist normal glatt und weich, ebenso im Laquear noch einzelne Partieen; im übrigen ist die ganze Vaginalwand gleichmässig in obengenannter Weise verändert, ohne sonst noch normale Stellen zu zeigen. Die Portio vaginalis ist als solche gut zu erkennen. Rand des äusseren Muttermundes überall glatt, intakt, ebenso die Cervix, soweit sie zugängig ist. Die sonst normal glatte Aussenfläche der Portio lässt dagegen rechts hinten Rauhigkeiten erkennen, welche beginnende Neubildungen sind und überall in die Neubildung der Vagina kontinuierlich übergehen (der Finger ist mit Blut bedeckt).

Am 21. Oktober werden beträchtliche Massen mit dem halbscharfen Löffel aus der Vagina evidiert — Karbolirrigationen — keine febrile Reaktion.

Behufs Einleitung der Frühgeburt wird am 29. Oktober ein elastischer Katheter in den Uterus gelegt. Wehen beginnen sofort und gleich sehr kräftig und häufig.

Am 31. Oktober wird nach langer Eröffnungs-, sehr kurzer Austreibungsperiode ein totes Kind in Steisslage geboren.

Schon während der Geburt hatte die Frau stark gefiebert und über äusserste Schmerzhaftigkeit des rechten Uterusrandes geklagt — erlag einer Septicopyämie am 7. November, Morgens 3 Uhr.

Die Sektion ergiebt: Allgemeine fibrino-purulente Peritonitis, trübe Schwellung der Leber und Nieren; Milztumor; metastatische Abscesse in beiden Lungen; doppelseitige Pleuritis; Atelektase der unteren, hinteren Lungenpartieen.

Das Parametrium dextrum in der Höhe des Os uteri internum oedematös geschwollen. Linkerseits finden sich in dem derb infiltrierten Parametrium eine grosse Zahl mit einander anastomosierender Hohlräume, die mit trüber, gelber, eiterähnlicher Flüssigkeit gefüllt sind. Dieselben enthalten an mehreren Stellen wandständige, dunkelrote Blutgerinnsel (sind demnach Venen) und besitzen eine Dicke von etwa 4 mm; einer derselben lässt sich bis an das grosse Ulcus vaginae heran verfolgen. Uterus-Innenfläche leicht grau belegt; dasselbe gilt von der an der vorderen Wand sitzenden Placentarstelle.

In der Vagina findet sich ein 10 cm im Durchmesser haltendes nahezu kreisförmiges Ulcus mit gewellten Rändern, von geringer Härte; der Grund des Geschwürs ist uneben zerrissen, gelblich-grau, an manchen Stellen fetzig. In der Tiefe greift dasselbe bis in die Muscularis hinein, diese ist aber nirgends durchbrochen. Das Geschwür beginnt einige Fingerbreiten über dem Introitus (vaginae) und reicht linkerseits etwas weiter auf die Portio herab als rechts.

Da die Genitalorgane, in Sprit aufbewahrt, sich in der Sammlung der gynäkologischen Klinik befinden, so kann ich etwas nicht Unwesentliches, dessen noch nicht Erwähnung geschehen ist, hinzufügen:

Uterus und Vagina sind median von vorn aufgeschnitten; es präsentiert sich so das Ulcus in seiner ganzen Ausdehnung und lässt sich gut erkennen, dass dasselbe nicht ringförmig die ganze Scheide eingenommen hat — wie aus den bisherigen Erscheinungen vermutet

werden kann — sondern dass zu beiden Seiten des sagittal geführten Schnittes von dem völlig gesunden vorderen Scheidengewölbe bis zum ebenfalls intakten Introitus ein Streifen gesunder Schleimhaut von wenigstens je 1 cm Breite verläuft.

Mikroskopisch betrachtet ergiebt sich die Neubildung als allenthalben sehr arm an Stroma; letzteres ist meistenteils sehr stark mit Rundzellen durchsetzt.

Fall III.

Frau R., 32 Jahre alt, hat viermal geboren, das letzte Mal vor $2^1/_2$ Jahren. Seit Mitte Dezember 1863 blieben die Menses aus, die bis dahin regelmässig waren, doch hatte die Patientin noch vor sechs Wochen einen anderthalbtägigen Blutverlust; seitdem besteht etwas Fluor, bisweilen blutig. — Sie klagt besonders über viel Schmerzen im Unterleibe, Drängen nach abwärts, Urinverhaltung; Stuhlgang erfolgt selten — mitunter acht Tage lang nicht — und mit Schmerzen.

Befund am 5. Mai 1864: Patientin ist mager, hat leidenden Gesichtsausdruck, Gesichtsfarbe ist nicht kachektisch.

Im Leibe ein rundlicher Tumor aus dem kleinen Becken bis zur halben Nabelhöhe aufsteigend — der etwa im vierten Monat schwangere Uterus — davor die gefüllte Harnblase.

Die hintere Scheidenwand nimmt eine zerklüftete Geschwulst ein, die etwa bis 2 cm oberhalb des Introitus herabreicht. Das hintere Scheidengewölbe ist ebenfalls von der Neubildung ergriffen, auch greift dieselbe auf die Portio vaginalis über; doch ist sie hier nicht stark gewuchert. Aeusserer Muttermund und Canalis cervicalis ist vollständig frei und glatt anzufühlen. Vordere Mutter-

mundslippe ist fast ganz verstrichen und vollständig intakt, wie die ganze vordere Scheidenwand. — Der Tumor der hinteren Scheidenwand zeigt eine Menge tiefer Spalten, in deren einzelne der Finger einige Zoll und tiefer eindringt, sodass der Verdacht, es läge eine Rektovaginalfistel vor, erst durch die Exploratio recti gehoben werden musste.

Am 29. Juni zeigt sich Frau R. wieder.

Am 5. desselben Monats war sie von einem toten Fötus — angeblich von sieben Monaten — entbunden worden. Sie ist enorm kollabiert, schleppt sich gestützt mühsam vorwärts, hat viele Schmerzen, nicht einen Moment Schlaf.

Im Leibe ist kein Tumor mehr fühlbar; der Tumor vaginae nimmt jetzt die ganze hintere Scheidenwand fast bis an den Introitus ein, das ganze Scheidengewölbe ist völlig durchwuchert, in demselben ist keine Portio vaginalis aufzufinden, ebenso kein Muttermund, erstere ist also in der Neubildung mit aufgegangen, nur an der vorderen, rechten Scheidenwand finden sich einige Quadratzoll gesunder Schleimhaut.

Weitere Beobachtungen fehlen.

Ein weiterer Parallelfall findet sich in der Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, berichtet von Bruckner.

Fall IV.

Frau K., 29 Jahre alt, von Haus aus ein kräftiges Individuum, seit dem 16. Jahre menstruiert. Gebar dreimal ohne Kunsthülfe ausserhalb Berlins. Während der vierten Schwangerschaft (1876) stellte sich zuerst ein blutig gemischter, übelriechender Ausfluss aus der Scheide ein. Es kam bei Kohabitationen wiederholt zu reichlichen Blutungen, ohne dass jedoch Patientin dadurch veranlasst

worden wäre, ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen. Am normalen Schwangerschaftsende (28. Juli) stellten sich Abends die ersten Wehen ein unter mässigem Blutabgang. Die Wehen waren wenig ausgiebig, aber auch nicht abnorm schmerzhaft, und nur des Blutabganges wegen wurde in der Frühe des 29. Juli ein Arzt hinzugerufen. Derselbe fand eine grosse schwammige Masse in dem oberen Drittel der Scheide, über welche hinweg er die vorliegenden Kindsteile erreichen konnte. In der Meinung, die Placenta sei vorgefallen, bat er um Beistand. A. Martin, der hinzugezogen wurde, fand die ziemlich anämische Frau im Zustande der Kachexie; sie hatte nur ganz vereinzelte Wehen. Das Kind lag in erster Schädellage, Herztöne kräftig. In der weiten Scheide erreichte der Finger etwa 5 cm oberhalb des Introitus die untere Grenze einer in das Lumen der Scheide weit vorspringenden Masse, welche fast ringsherum die Scheidenwand bedeckte und nur an der vorderen Wand einen etwa zwei Querfinger breiten Raum liess. Der untere Rand dieser Masse war scharf umschrieben. Nach oben zu gelang es nur mit Mühe und in der Narkose den an der vorderen Scheidenwand entlang eingebrachten Finger über die Masse hinwegzuschieben und nun eine der unteren Begrenzung ganz analoge dicht unterhalb des Scheidengewölbes festzustellen. Die Grenze war deutlich getrennt vom Muttermunde, der nahezu vollständig erweitert, von dem vorliegenden Kindsteile ausgefüllt war. Die oben beschriebene Masse war von schwammig weicher Konsistenz und einer leicht eindrückbaren, ziemlich glatten Oberfläche. Die Unterlage dieser Masse war vom Rectum aus deutlich als eine glatte Fläche zu fühlen und erschien vom Lumen des Rectum deutlich abgrenzbar, ebenso auch von der dem Lumen derselben unmittelbar anliegenden Gewebsschicht. Diese Masse füllte dabei das kleine Becken

derart aus, dass nur mit grosser Mühe über derselben das Promontorium erreicht werden konnte, und dann die durch äussere Untersuchung festgestellte Verengerung der Conjugata nachzuweisen war. Die Lymphdrüsen in der Leistengegend waren nicht nachweisbar affiziert. Das Allgemeinbefinden der Patientin war teils infolge des langandauernden Blutverlustes, teils durch die Wehen so unbefriedigend geworden, dass die Entbindung der Frau dringend indiziert erschien.

In der Narkose gelang es mit einiger Anstrengung, die ganze Hand an der leicht eindrückbaren Geschwulst vorbeizuführen. Es wurde dann mittels Forceps das Kind extrahiert, ein lebendes Mädchen; darauf wurde die Placenta herausgedrückt und, als der Uterus sich gut zusammenzog und eine Blutung aus demselben nicht mehr stattfand, die Geschwulst selbst aus ihrer Basis ausgelöst. Zu diesem Zwecke wurde ohne Anwendung von schneidenden Instrumenten der Finger an den unteren Rand der Geschwulst zwischen diese und das Geschwulstbett gedrängt. Als sich nun herausstellte, dass die Schicht, welche dieses Bett von dem Lumen des Darmes trennte, hinreichend derb war, wurde unter genauer Kontrolle vom Darm aus die ganze Masse ausgelöst. Die so entstandene gewaltige Lücke in der Scheidenwand blutete nicht. Nach entsprechender Berieselung mit kühler Karbollösung wurde Patientin zu Bette gebracht.

Die Rekonvalescenz gestaltete sich überraschend günstig. Der Uterus bildete sich gut zurück. Patientin nährte ihr Kind. Der Defekt der Scheide heilte zunächst unter Bildung einer flachen Narbe.

Ueber den weiteren Verlauf blieb längere Zeit jede Kunde aus, bis sich die Frau nach nahezu Jahresfrist in einem Zustande verzweifelter Kachexie wieder vorstellte. Es wurde nun das Becken und der Uterus carcinomatös

degeneriert gefunden, und ging Patientin dann mehr als ein Jahr nach jener Entbindung unter den Erscheinungen von allgemeiner Carcinose zugrunde.

Ein weiterer Fall ist der Abhandlung Breiskys, „Die Krankheiten der Vagina“, entnommen.

Fall V.

Bailly sah eine Gebärende mit einem voluminösen, höckrigen Carcinomtumor im Septum retrovaginale, der sich in der fünften Schwangerschaft entwickelt hatte und ein Geburtshindernis bildete, welches indessen glücklich spontan überwunden wurde. In den letzten drei Monaten dieser Schwangerschaft begann die Kranke an einem wässerigen, zuweilen rötlichen Ausfluss zu leiden, welcher die letzten 14 Tage sehr reichlich und anhaltend geworden war und, da er keinen Geruch zeigte, für Fruchtwasser gehalten worden war. Schmerzen hatte Patientin nur beim Coitus gehabt, nach welchem gewöhnlich eine geringe Menge Blutes abgegangen war. In der Austreibungszeit war die hintere Vaginalwand samt der Geschwulst durch den vordringenden Kindskopf vor die Vulva getrieben worden und zog sich nach dem Austritt des Körpers wieder zurück. Weder Zerreissung noch Blutung war dabei erfolgt, obwohl das Kind ausgetragen war. Das Wochenbett war normal.

Einen Monat später fand Bailly die Patientin sehr bleich und abgemagert. Alle Anstrengungen, selbst das Gehen, riefen heftige Blutungen hervor, ausserdem bestand anhaltender seröser Ausfluss. Das Speculum ging mühsam ein und zeigte die Oberfläche des Tumors warzig und weisslich. Sie nahm nun die ganze hintere Vaginalwand ein. Die Geschwulst erschien jetzt viel weicher als während der Niederkunft. Bei Berührung mit dem Finger

oder einem Instrumente erfolgte heftige Blutung und Schmerz mit Ohnmachtsgefühl. Vier Monate nach der Geburt erfuhr Bailly, dass die Patientin wegen des entsetzlichen Geruches ihres Ausflusses nirgends gelitten wurde und endlich Unterkunft in einem Spitale fand, wo das Leiden schnelle Fortschritte machte.

Soweit die Fälle aus der deutschen Litteratur. Es folgen jetzt einige Fälle aus der französischen Litteratur, die sämtlich der Arbeit von Blesson (Influence de la grossesse sur la marche clinique du cancer) entnommen sind.

Fall VI. (Blesson III.)

Eine Frau von 36 Jahren, von Kind auf gesund, mit 21 Jahren verheiratet, hat in 13 Jahren 13 Kinder gehabt. Seit der letzten Geburt, d. h. seit 2 1/2 Jahren, hat sie unregelmässige Menses. Seit fünf Monaten leidet sie an Menorrhagien, Verstopfung und Schmerzen im rechten Hypochondrium. Die Leber ist auf Druck empfindlich; ausserdem hat sie einen mässigen, fleischwasserfarbenen Ausfluss.

Sechs Monate später wird die Patientin schwanger, sie leidet unter einem blutigen Ausfluss, der sie schwächt. Beim Touchieren findet man einen scirrhösen Tumor von ausserordentlicher Grösse und Härte, der von der rechten Seite der hinteren Muttermundslippe ausgehend, sich in mehrere Arme teilt und die ganze Vagina ausfüllt; die vordere Muttermundslippe war nur wenig induriert.

Die Entbindung fand statt, der Extraktion des Kindes folgte eine reichliche Blutung. Am nächsten Tage wiederum eine Blutung, der die Kranke erlag.

Fall VII. (Blesson XXIII.)

Frau L. kam am 9. November 1877 ins Krankenhaus. Sie ist 37 Jahre alt, Wäscherin, in ihrer Jugend nie krank gewesen, nicht erblich belastet. Sie menstruierte

mit 15 Jahren, heiratete mit 21 Jahren; eine Frühgeburt im achten Monat und vier leichte Geburten ausgetragener Kinder. Seit sechs Jahren, die Zeit der letzten Geburt, ist die Menstruation erschwert. Seit zwei Jahren magert sie ab; die Abmagerung ging anfangs langsam von statten, die Schwangerschaft jedoch liess sie rapide einen hohen Grad von Schwäche erreichen.

Die Regel hatte sie am 3. März 1877 zum letzten Male, bis zum dritten Schwangerschaftsmonat hat sie weder blutigen noch weissen Ausfluss gehabt. Um diese Zeit trat nach einer schweren Arbeit eine geringe drei Tage anhaltende Blutung ein. 14 Tage später neue Blutung, gefolgt von blutigem Nässen drei Wochen lang, dann hörte es auf, um immer wieder zu kommen.

Als die Patientin das erste Mal in die Klinik kam, konstatierte Depaul eine Schwangerschaft von etwa fünf Monaten. Der touchierende Finger wird gleich beim Introitus vaginae von einer unebenen, gelappten und körnigen Masse aufgehalten. Diese scheint im ersten Augenblick das stark hypertrophierte collum uteri zu sein, ist aber nur die obere Wand der Vagina, die durch Krebsmassen eingenommen ist. Der ganze Umkreis der Vagina zeigt Vorsprünge von carcinomatösem Gewebe, die mehr oder weniger lang sind und den Kanal verstopfen, sodass man nur mit Mühe die Portio erreichen kann. Der Muttermund ist in seinem ganzen Umfange carcinomatös entartet. Die Muttermundslippen sind durch eine tiefe Einsenkung getrennt. Die vordere Lippe ist filzig, wie zerhackt, härter als die hintere und ungefähr 3,5 cm lang; die hintere ist ein wenig glatter und nur 2 cm lang. Depaul stellte die Diagnose: Encephaloid = Carcinom des Collum uteri, das fast die ganze Ausdehnung der vaginalen Mucosa eingenommen hat. Da die Patientin sich besser fühlte, verliess sie nach 14 Tagen das Krankenhaus.

Am 9. Oktober kam sie jedoch wieder, da sie von neuem Schmerzen hatte.

Charpentier, der Depaul vertrat, fand das Leiden noch immer in demselben Zustande. Der Leib war stärker geworden, der Fundus uteri stand 2 cm oberhalb des Nabels, das Kind befand sich auf der linken Seite etwas nach vorn.

Am 29. Oktober springt die Blase, dem Ausfliessen des Fruchtwassers folgt reichliches Blutrieseln, welches den ganzen Tag andauert. Trotz kräftiger Wehen keine Aenderung an der Portio.

Am 30. Oktober abends haben die immer stärker werdenden Uteruskontraktionen endlich eine leichte Erweiterung des orificium externum zustande gebracht, welches den Durchmesser eines Fünffrankstückes hat, das orificium internum ist etwas weniger erweitert.

Am 31. Oktober natürliche Entbindung, das Kind ist tot. Keine Blutung. Der Uterus kontrahiert sich gut. Fötide Lochien; neue Lendenschmerzen, die nach der Entbindung aufgehört hatten.

Am 5. November Ausspülung mit 500 g einer Eisenchloridlösung und Tamponade wegen einer Blutung.

Der eitrige Ausfluss hörte fast auf. Die Kranke beschmutzte nur noch ihre Wäsche, trotzdem verbreitete sie immer einen widerlichen Geruch.

Am 28. November verliess die Patientin die Klinik, etwas gebessert, aber immer noch sehr schwach. Der Zustand der Vagina und des Collum ist derselbe wie vor der Entbindung, nur sind die Lappungen zahlreicher, der Umfang des Collum ist an mehreren Stellen gespalten.

Fall VIII. (Blesson XXX.)

Cuisonnier, Marie, 45 Jahre alt, ohne Beruf, kommt am 20. Dezember 1879 in die Entbindungsanstalt.

Ihre erste Regel hatte sie mit 16 Jahren, die Blutungen sind reichlich aber regelmässig. Mit 20 Jahren verheiratet, zehn Entbindungen, die letzte im Jahre 1878; früher immer gesund. Während ihrer früheren Schwangerschaften Stuhlverstopfung.

Die letzte Regel hatte sie vom 22.—25. August 1878.

Gegen Ende September wurde sie krank, Stuhlverstopfung mit Erbrechen, dieser andauernde Zustand liess die Patientin schnell abmagern; am 14. Oktober nahm sie ein Abführmittel, darauf entleerte sie sehr fötide Fäces durch die Vagina.

Am 30. Dezember stellte sie sich vor. Eine grosse, wohlgenährte, blasse Frau. Lancinierende Schmerzen im Gesäss, vier Monate schwanger. Vulva und Vagina sind entzündet; die Vulva ist mit Fäces beschmutzt, welche die Vagina ausfüllen. Das Collum ist dick und weich. In dem hinteren Scheidengewölbe befindet sich ein voluminöser Tumor, und unmittelbar nach hinten vom Collum eine breite, transversale Spalte mit schwieligen, unregelmässigen Rändern, durch welche Rectum und Vagina kommunizieren. Durch rektale Untersuchung kann man den Tumor leichter abschätzen, den man im Niveau der vorderen Rectumwand fühlt. Er erfüllt das ganze hintere Scheidengewölbe, ist vorn und rechts weich, sonst bretthart. Diagnose: Carcinomstriktur des Rectum.

In der folgenden Zeit litt Patientin an Verstopfung, Erbrechen, Appetitlosigkeit und heftigen Schmerzen.

Am 13. Januar 1879 wurde das Orificium mit dem Finger dilatiert.

Am 14. Januar 5 Uhr früh Geburt eines unverletzten Kindes. In der Nacht Koterbrechen und um $^1/_2$11 Uhr früh erlag Patientin ihrem Leiden.

Sektion: Links und rechts ein Tumor. Der linke voluminöse Tumor bedeckt zum Teil das Intestinum, hat

die Form einer Cystenniere. Dieser von Anhängen freie Tumor hat einen Stiel, der aus dem Ligamentum ovarii besteht. Die Oberfläche ist unregelmässig, buckelig mit weicheren und härteren Partien. Der rechte Tumor, von gleichem Aussehen und gleicher Konsistenz ist mehr gelappt und hat einen analogen Stiel.

Das Rectum zeigt eine Striktur 9 cm oberhalb des Anus, diese ist 3 cm hoch, läuft rings herum, die Wände sind hart, dick, stellenweise ulceriert, sie haben scirrhöse Beschaffenheit und man erkennt ein Rectumcarcinom, welches diesem Organ in einer Höhe von 5—6 cm aufsitzt.

Die tiefen Schichten der hinteren Vaginalwand sind durch den Tumor eingenommen und sind mit dem Rectum verwachsen. Unmittelbar über der Striktur sieht man eine 2 cm breite Recto-Vaginalfistel. Die Leber ist stark vergrössert, die untere Fläche zeigt einen kastanienähnlichen Vorsprung, an der konvexen Fläche finden sich mehrere viel kleinere Vorsprünge.

Querschnitte zeigen, dass die ganze Leber voll von weisslichen Carcinomknoten ist. Die mikroskopische Untersuchung ergab bei den Lebertumoren Flimmerepithelcarcinom mit Colloidentartung. An einigen Stellen hat das Carcinom die Muskelschicht zerstört und durchbohrt und sich dann über das Peritoneum ausgebreitet. Im Ovarium ist der Prozess weiter vorgeschritten.

Fibröse Balken begrenzen Hohlräume, die mit einer durchsichtigen Masse angefüllt sind, vermischt mit Granulationen und mehr oder weniger degenerierten Elementen. Die Entartung der Ovarialtumoren ist viel bedeutender. Jedenfalls wurden die Ovarien zuerst ergriffen, dann das Rectum und schliesslich werden sich metastatische Tumoren im Leberparenchym entwickelt haben.

Schliesslich noch drei Fälle aus der englischen Litteratur.

Fall IX.

Simpson, Carcinoma vaginae in a pregnant female. Edinburgh Medical Journal. January 1879.

Die Patientin wurde am 7. Oktober aufgenommen, sie klagte über Schmerzen im Rücken und weiter unten an der Aussenseite der Schenkel, besonders aber über die Unfähigkeit, Wasser zu lassen. Da sie angab, dass sie ungefähr drei Monate schwanger sei, kam Dr. Hart, der sie zuerst sah, der Gedanke, es handle sich um eine Retroflexio uteri gravidi. Die Untersuchung indessen ergab, dass der Uterus die gewöhnliche Grösse einer dreimonatlichen Schwangerschaft hatte und in seiner gewöhnlichen Lage sich befand, jedoch von einer breiten, harten Masse, welche die ganze hintere Scheidenwand einnahm, nach vorwärts gedrängt wurde. Die nähere Untersuchung ergab ein Epithelcarcinom, welches einen halben Zoll innerhalb des Orificium vaginae beginnend, sich über die ganze Ausdehnung der Rückwand erstreckte und auf den oberen Teil der hinteren Seite der Portio vaginalis übergriff. Die Oberfläche war ulceriert, aber es bestand wenig oder kein Ausfluss.

Die Patientin ist 37 Jahre alt, seit 13 Jahren verheiratet und Mutter von sieben Kindern, sie war immer gesund bis etwa zwei Monate vor der Aufnahme. Aber als sie in Beobachtung kam, war sie bereits bleich und abgemagert, sie hatte einen ängstlichen abgelebten Gesichtsausdruck und einen kleinen häufigen Puls. Die Darmthätigkeit war in letzter Zeit schmerzhaft. Chinin und Opiate wurden gegen das Fieber und die Schmerzen gegeben; aber ihr Zustand verschlechterte sich. Die krebsigen Massen begannen gegen das Rectum hin zu ulcerieren, die Patientin sank in einen typhösen Zustand und starb am 7. November. Die Frage der künstlichen Frühgeburt

wurde erörtert, aber letztere unterlassen, da es jedenfalls ihr Ende beschleunigt hätte. Die Sektion war nicht gestattet worden.

Fall X.

Potter, Case of pregnancy complicated with malignant growths in the vagina and rectum. Transactions of the obstetrical society of London. Vol. XX for the year 1878.

E. C . . . ., 29 Jahre alt, verheiratet, Mutter von drei Kindern, wurde am 15. Januar 1876 in das Westminster-Hospital aufgenommen. Sie giebt an, dass sie in den letzten fünf Monaten Schmerzen im Rücken und das Gefühl gehabt habe, als ob sie schwanger wäre. Die Regel war seit sechs Monaten ausgeblieben, und sie war nach eigener Rechnung im fünften Monat schwanger. Die Schmerzen im Kreuz waren andauernd, aber nicht lancinierend. Sie hatte ziemlich viel Stuhldrang und faulig-eitrigen Ausfluss aus dem Rectum, aber keinen aus der Vagina. Der Darm war sehr schmerzhaft, er bewegte sich in Zwischenräumen von einer halben Stunde Tag und Nacht — die Bewegungen waren ruhrartig und spärlich — und er enthielt nur wenig Fäces.

Beim Touchieren fühlte man eine harte, gelappte Masse, die den hinteren oberen Teil der Vagina einnahm. Die Geschwulst breitete sich über zwei Zoll der Vulva aus. Cervix und Uterus waren gar nicht ergriffen. Der Uterus war beweglich und reichte fast bis zum Nabel hinauf. Die Untersuchung per vaginam verursacht Schmerz und leichte Blutung; per rectum fühlt man eine schwammige Masse, die jedenfalls mit der Geschwulst in der Vagina identisch ist. Der Darm war fast unzugänglich, es war nicht möglich, einen elastischen Gummikatheter Nr. 12 einzuführen; der Widerstand erstreckte sich aufwärts ungefähr fünf Zoll vom Sphincter externus.

30. Januar (14 Tage nach der Aufnahme): Der Zustand ist seit einem Monat unverändert. Klystiere kamen sofort wieder heraus, und war es nicht möglich, sie über einen gewissen Punkt hineinzubringen. Es war keine Ausdehnung des Caecum und auch kein Zeichen von Anhäufungen im Darm vorhanden. Sie klagt über beträchtliche Schmerzen im Rectum und fortwährendem Ausfluss von Lymphfetzen, Blut und kleinen Mengen von Fäces. Appetit und Allgemeinbefinden ziemlich gut. Fötale Herztöne und Placentargeräusche sind deutlich zu hören. Bis zum 4. März keine wesentliche Aenderung. Der Ausfluss ist andauernd eitrig und häufig, enthält aber wenig Fäces. Schmerzen und Stuhldrang sind heftig und andauernd, jedoch blieb das Allgemeinbefinden gut.

Die Behandlung richtete sich gegen die Schmerzen und bestand in Morphiumsuppositorien, Belladonnapflaster, Einspritzungen von warmem Wasser mit etwas Castoreum und Tinctura Opii jede zweite Nacht. Gegen die Schmerzen im Darm dreimal täglich ein Esslöffel Oleum Castorei und fünf Tropfen Tinctura Opii, dadurch wurde auch die Anhäufung von Fäces verhindert.

Am 4. März wurde der Schmerz in der Vagina schlimmer, und es trat ein stetiger, aber anfangs leichter blutiger Ausfluss ein. Dieser wurde schlimmer bis zum 11. März, wo er so schlimm wurde, dass das Leben der Patientin in Gefahr schwebte. Aus diesem Grunde und da sie $7^1/_2$ Monat schwanger war, wurde beschlossen, die Frühgeburt einzuleiten. Die Eihäute wurden gelockert und ein Gummikatheter eingelegt. Dies wurde um 3 Uhr Nachm. ausgeführt, und um 11 Uhr abends begannen die Wehen. Um 11 Uhr vorm. des folgenden Tages war der erste Geburtsakt vollendet. Es war eine Steiss- und Fusslage. An den Füssen wurde gezogen und der Kopf zuletzt mit der Zange durch den verengten Raum hindurchgezogen.

Das völlig gesunde Kind wurde lebend geboren und entwickelte sich gut. Die Mutter genas gut von ihrer Entbindung, während die anderen Symptome unverändert blieben, und sie litt sehr unter dem fortwährenden Stuhldrang und dem Ausfluss per anum. Sie bat dringend, dass irgendeine Operation gemacht werden sollte, um ihr Erleichterung zu verschaffen. Die Colotomie wurde von Mr. Macnamara gemacht, und die Patientin fühlte sich wohl bis zum fünften Tage nach der Operation, wo sich Symptome von Peritonitis einstellten, welcher die Patientin am siebenten Tage erlag. Sektion wurde nicht gestattet.

Fall XI.

John Roulston, Case of malignant disease of the vagina complicated by pregnancy. Association Medical Journal, 27. September 1856.

Amalie W., 34 Jahre alt, verheiratet, klein und zart, abortierte fünfmal in sehr frühen Monaten nach der letzten Schwangerschaft ein lebendes Kind am 11. Juni 1854. Menstruierte mit 13 Jahren, die Blutung war immer regelmässig und normal, immer gesund, niemals Fluor bis Juli 1855; aber seitdem hat sie ununterbrochenen Ausfluss aus der Vagina, der allmählich schlimmer wurde, er war gelegentlich blutig und oft geronnen, hauptsächlich aber serös. Ihre letzte, sicher festgestellte Regel war Weihnachten 1855. Zu dieser Zeit wurde sie um ihre Gesundheit besorgt und konsultierte einen Arzt, der sie in die Frauenklinik nach Leeds schickte, wo der bösartige Charakter der Krankheit erkannt wurde, jedoch wurde sie im Februar 1856 als unheilbar entlassen. Sie muss damals schwanger gewesen sein, obwohl weder ihrem Arzt noch ihr ein Verdacht eines solchen Zustandes aufkam. Die Ausdehnung der in der Vagina befindlichen Krankheit

stand in ganz offenbarem Widerspruch damit. Nach der Heimkehr war sie bei zwei Aerzten und kam erst am 24. Juni zu mir. Ich fand sie in sehr heruntergekommenem Zustande, mit Angst erfülltem Gesicht, kleinem schnellen Puls, trockener, etwas belegter, nicht aphthischer Zunge, blasser Gesichtsfarbe, abgemagertem Körper. Sie klagt über fortwährenden Schmerz von eigentümlich quälendem Charakter in der Gegend von Harnblase und Vulva mit häufigem und starkem Urindrang. Der Urin enthält grosse Mengen von Schleim und Epithelien, oft ist er faul.

Untersuchung per vaginam. Der Verlauf des Kanals war vielfach gewunden, der Finger traf zuerst auf eine feste gelappte Masse; vorsichtig diese umgehend, gelangte man in einen Spalt im Bereiche des rechten Os ischii, der ersichtlich die schon geschlossene Vagina war. Durch leichten Druck gab er zwei Zoll nach, dann aber wurde der Schmerz so unerträglich, dass fernere Untersuchung unterbleiben musste; es erfolgte eine Blutung, und Teile einer breiigen Masse gingen ab, die einen widerlichen Geruch verbreiteten. Das Abdomen hatte die Ausdehnung einer siebenmonatlichen Schwangerschaft, es war fest und von regelmässiger Form. Die Patientin selbst erklärte es für Wassersucht, aber Kindsbewegungen waren deutlich zu sehen und durch die dünnen Bauchdecken zu fühlen, und dies, verbunden mit den Ergebnissen der Auskultation, liess keinen Zweifel aufkommen. Anschwellung der Inguinaldrüsen und Oedeme der unteren Extremitäten waren nicht vorhanden. Die Brüste waren unentwickelt, aber gaben auf Druck Milch. Ich gab ihr jede Nacht eine Pille von Morphium, Kampher und Lattich-Extrakt und Injektion von Chloral, um den Fötor zu bannen. Um auch ein weiteres Urteil über den Fall zu hören, bat ich noch einen Kollegen, sich den Fall anzusehen. Unsere Ansichten stimmten jedoch nicht überein; und ein Grund, weshalb

ich so gründlich auf die Einzelheiten dieses Falles eingehe, ist der, dass ich ein Urteil solcher Kollegen bekomme, deren Erfahrung in solcher schwierigen Lage grösser ist als meine eigene. Mein Freund glaubte, dass, wenn die fötale Existenz beendigt wäre und der Fötus mit einer Simpsonschen Sonde (es war unmöglich, ein stärkeres Instrument einzuführen) perforiert wäre, dass dann die beste Möglichkeit gegeben sei, das Leben der Mutter zu verlängern, indem nämlich der Fötus dann in Stücken abgehen würde, wenn die Wehen überhaupt eintreten würden, und dann wäre eine Wahrscheinlichkeit, dass selbst unter den sonstigen Verhältnissen das Leben für unbestimmte Zeit verlängert würde.

Mit dieser Anschauung aber konnte ich aus folgenden Gründen nicht übereinstimmen. Erstens war die Krankheit eine lebensgefährliche, und falls der Versuch gelingen sollte, würde wohl der Tod infolge des ausserordentlich herabgekommenen Zustandes der Patientin nicht lange verzögert worden sein; zweitens die Schwangerschaft war schon zu weit vorgeschritten und der Fötus lebensfähig, von guter Knochenbildung und eine Perforation würde sich infolge des Zustandes der Genitalien ausserordentlich schwierig, schmerzhaft und wahrscheinlich sehr blutig gestaltet haben; drittens könnten dadurch sofort Wehen hervorgerufen werden und die Sache unglücklich ablaufen durch Uterusruptur oder Collaps; viertens konnte der bestimmte Einwurf des unbestimmten Verlaufes, obwohl er nicht allgemein gemacht wurde, nicht unberücksichtigt bleiben, wo doch nichts Bestimmtes vorauszusagen war; ausserdem konnte man annehmen, dass das Leben wahrscheinlich erhalten bleiben würde, bis Wehen eintreten würden, und diese Auseinandersetzung bewirkte, dass nicht beide, Mutter und Kind, zu Grunde gerichtet wurden.

Dementsprechend wurde weiterhin nichts gethan, als die Kräfte zu erhalten und die Patientin so gut als möglich zu pflegen. Die Patientin blieb in demselben Zustande, sie litt viel bis zum 23. Juli, wo Wehen in Form von quälenden, aussetzenden Schmerzen eintraten, während deren man fühlen konnte, dass der Uterus sich kontrahierte und den Fötus fest umschloss, und dabei trat Blutung ein. Ich versuchte nun die Scheide zu erweitern, obwohl es infolge des gewundenen Verlaufes schwer war, einzudringen, doch nach zwei Tagen musste ich davon abstehen wegen der zu grossen Quälerei.

Ich konnte jetzt das Os uteri erreichen und die Lage untersuchen, die natürlich war. Die Schmerzen nahmen allmählich ab; der Scheidenausfluss wurde sehr reichlich, sie begann rascher zu verfallen, bekam Schlucken, Zuckungen und starb am 12. August völlig abgemagert, nachdem sie sieben Wochen gelebt hatte, von dem Tage an, wo ich sie zuerst sah. Das fötale Herz hatte am Tage vorher aufgehört zu schlagen.

Sektion: 8 Stunden post mortem. Körper ausserordentlich abgemagert, der Uterus enthielt einen ausgewachsenen, kräftigen, weiblichen Fötus in normaler Lage, die Placenta am Fundus uteri; reichliches, klares Fruchtwasser; in den Uteruswänden keine Metastasen. Die Vagina war in ihrer ganzen Ausdehnung mit krebsigen Wucherungen durchsetzt, sodass die Wandstärke zwei und an einigen Stellen selbst drei Zoll betrug; sie füllte so das kleine Becken an und drückte stark auf Blase und Rectum, von denen die erstere starke Entzündung und Erosionen zeigte. Das bösartige Wachstum der Scheidenwände schien herzurühren von epithelialen Wucherungen, was vielleicht die Abwesenheit von Drüsenmetastasen und die völlige Freiheit der anderen Organe von irgend einer Esscheinung der Krankheit erklärt. Die Uretheren und

die Nierenbecken waren um mehr als das Doppelte erweitert, jedenfalls infolge mechanischer Hemmung.

Dies sind die Fälle, welche wir in der Litteratur gefunden haben, wir haben dieselben unverkürzt wiedergegeben, einerseits um die Fälle, die doch immerhin selten sind, einmal zusammenzustellen, und andererseits, da wir in der That viele interessante Einzelheiten in denselben verzeichnet finden. Wir wollen daran anschliessend die Hauptpunkte über das Carcinom der Scheide überhaupt und dann über seine Komplikation mit Gravidität etwas näher betrachten.

Das Carcinom wird in der Vagina sowohl primär als sekundär beobachtet.

Das primäre Carcinom der Scheide kommt nach Winckel in allen verschiedenen Formen vor, welche diese Geschwulst überhaupt haben kann.

Breisky sagt: Es erscheint hauptsächlich in zwei Formen, entweder — und das ist häufiger der Fall — als papilläres Cancroid oder als flächenförmige, carcinomatöse Infiltration.

Die erste Form ist eine zirkumskripte Geschwulst, die mehr oder weniger über die Oberfläche hervorragt, sie ist pilzartig, blumenkohl- oder doldenförmig, an der Oberfläche feiner oder gröber gelappt und sitzt mit breiter Basis auf; diese Form ist aber nur das Anfangsstadium, im weiteren Verlaufe gestaltet sie sich durch centrale Ulcerationen in ein Ulcus elevatum mit markig infiltrierten Rändern um (Zizold); die Ulceration ist kraterförmig und hat Neigung, in die Tiefe zu gehen, der Grund ist starr infiltriert.

Die andere Form bezeichnet Breisky als „eine öfters ringförmige und in grosse Strecken ausgebreitete, die Schleimhaut und Mucosa betreffende Gewebskonstitution von bald mehr medullärer bald cirrhöser Beschaffenheit“.

Diese Form kann so ausgedehnt sein, dass die ganze Vagina ihre Elastizität verliert und in ein starres Rohr umgewandelt wird, wobei die Infiltration eine Dicke von drei Zoll erreichen kann, wie wir in dem Falle von Roulston gesehen haben.

Was den Sitz der Geschwulst anbetrifft, so scheint sie eine besondere Vorliebe für die hintere Wand zu haben. Strauss sagt in seiner Abhandlung, der Grund für das häufige Befallensein der hinteren Wand sei darin zu suchen, dass diese mehr Reizen ausgesetzt sei, so die Einführung des Mutterrohres, Masturbation, Coitus, das Scheuern mit der Portio, dann aber auch die intensive Berührung mit den differenten Sekreten des Uterus und des Cervicalkanals. In 27 Fällen fand Bruckner die Neubildung

12 mal an der hinteren Wand,
9 mal ringförmig,
2 mal an der vorderen Wand,
1 mal rechts hinten,
1 mal links hinten,
1 mal an der rechten Wand,
1 mal an beiden Seitenwänden.

Was das Alter anlangt, in welchem das Carcinom der Vagina besonders vorkommt, so ist zu sagen, dass diese Krankheit meist in der Zeit zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre vorkommt; nach Küstner und Zizold aber sind auch Fälle bekannt, wo das betreffende Individuum vor dem 20. Lebensjahre erkrankte, ein Alter, in dem das Uteruscarcinom noch nicht beobachtet wurde; ja, es sind Fälle bekannt, wo ganz jugendliche Mädchen davon befallen wurden. Winckel berichtet, dass in der Strassburger pathologischen Sammlung ein hühnereigrosser, breitbasig im hinteren Scheidengewölbe aufsitzender, knollig drüsig carcinomatöser Tumor bei einem 9jährigen Kinde

vorhanden sei; Smith fand einen Krebs der Rectovaginalwand bei einem 14 Monate alten Mädchen, und endlich Guersant ein blumenkohlartiges Gewächs, das vom Introitus vaginae ausging und 20 cm Länge und 28 cm Umfang hatte, bei einem Mädchen von $3^1/_2$ Jahren. Veit bezweifelt allerdings, dass dies Carcinome waren, er sagt: „Das Carcinom der Vagina stellt eine Krankheit des höheren Lebensalters dar, kommt sehr selten vor bei Frauen, die nicht geboren haben, und alle diejenigen Fälle, welche bei virginellen Individuen aufgetreten sind, sind zum mindesten verdächtig darauf, dass es sich dabei um etwas anderes z. B. um Sarkom gehandelt habe.“

Fragen wir uns nun nach der Aetiologie dieser Geschwülste, so haben wir unser Augenmerk auf zwei Punkte zu richten, auf die Erblichkeit und auf etwa einwirkende Reize. Erblichkeit ist nur in einem Falle von Balduin beobachtet, der Vater und der Grossvater dieser Frau waren an Krebs gestorben. Mechanischer Reiz als Entstehungsursache ist des öfteren angegeben. Zizold erwähnt in seiner Arbeit einen Fall, bei welchem ein Carcinom an der Stelle der prolabierten Vaginalschleimhaut entstand, wo der rechte Oberschenkel sich fortwährend mit jener Stelle rieb. Kaltenbach sah einen Tumor im hinteren Scheidengewölbe, der durch Druck eines Hodgeschen Pessars entstanden war; einen ähnlichen Fall berichtet Winckel. Und Hegar endlich beobachtete zwei Carcinomknoten genau an den Stellen der vorderen Vaginalwand, die durch ein geschlossenes Hodge-Pessarium gegen die aufsteigenden Schambeinäste gedrückt worden waren.

Nach Veit spricht die Prädilektionsstelle an der hinteren Wand für die Bedeutung des Insultes für die Genese, er schliesst aber nicht aus, dass vielleicht der mechanische Insult und Infektion zusammenwirken. Dass die Vagina bei Geburten sehr starken Insulten ausgesetzt ist, ist

wohl ohne weiteres klar, und in der als sechsten Fall beschriebenen Beobachtung hatte auch die Patientin in 13 Jahren 13 Geburten durchgemacht; doch scheint die Zahl der Geburten nicht gerade eine grosse Rolle zu spielen.

Nach Küstner hatten von 13 Kranken sechs überhaupt nicht geboren und eine nur einmal abortiert. Von Wests 19 Kranken war eine ledig, die anderen hatten zusammen 86 Kinder, es kam also auf jede Frau 4,7 Kinder. Küstner sagt gegen Schluss dieses Punktes: Man möchte fast glauben, dass Geburten ebensowenig Einfluss haben wie bei Uteruscarcinom, und doch entstehen Krebse — wie man täglich beobachtet — da, wo ausserordentliche Reize stattfinden.

Die subjektiven Symptome sind sehr verschiedenartig. In dem Fall von Balduin war die Geschwulst schon wallnussgross, ohne dass sie bemerkt wurde, bis die Blutung eintrat und so die Patientin aufmerksam wurde. Die Blutung ist überhaupt das wichtigste Symptom, sie ist es, welche die Patientinnen zum Arzte führt, dieselbe kann spontan auftreten, oder auch durch irgendwelche Insulte, z. B. durch Kohabitation, oder auch bei einer schwereren Arbeit, Heben einer grösseren Last; ein weiteres wichtiges Symptom ist der Schmerz; und endlich der Ausfluss, welcher sich einstellt. Dieser unterscheidet sich von den sonstigen Sekreten des Genitalkanals doch in solcher Weise, dass die Patientinnen aufmerksam werden, dass sich etwas Besonderes in ihren Genitalien abspielt; die Farbe wird eine andere, der Ausfluss ist fleischwasserfarben, blutig gemischt, auch wohl eitrig, ausserdem bekommt er einen unangenehmen widerlichen Geruch. Oft aber führen erst der Zerfall und die Jauchung die Kranken zum Arzte. Die Krebskachexie und das kachektische Aussehen ist oft so charakteristisch, dass man beim blossen

Anschauen der Betreffenden sofort an einen etwa vorhandenen malignen Tumor denken muss.

Es erübrigt noch, dass wir noch einige Worte über die weitere Ausbreitung des Scheidenkrebses sagen. Da der Krebs am häufigsten an der hinteren Wand sitzt, so ist es natürlich, dass sehr häufig die hintere Muttermundslippe ergriffen wird, wie es bei unserem, in der Leipziger Klinik beobachteten Fall thatsächlich war. Die dünne Muskulatur der Scheide lässt die Degeneration leicht in das umgebende Bindegewebe vordringen und sich die Lymphspalten entlang weiter ausbreiten; natürlich entstehen so leicht Drüsenmetastasen, und zwar werden die Leisten- und Schenkeldrüsen, namentlich aber die Retroperitonealdrüsen sehr bald ergriffen. Durch weiteres Vordringen in die Tiefe der umgebenden Partieen kann Blase und Mastdarm mit ergriffen werden, die Zerstörung kann dann so weit gehen, dass es zu Rectovaginal- und Vesicovaginal-Fisteln kommt.

Aus alledem ist leicht einzusehen, dass der Scheidenkrebs zu den prognostisch ungünstigsten überhaupt gehört; selbst wenn frühzeitig operiert wird, kommt es bald zu einem Rezidiv, dem die Kranken erliegen, so sah Olshausen bei 16 Fällen 15 Rezidive. Allerdings sind auch Heilungen berichtet worden, so in dem Falle von Rüter, er operierte ein Carcinom, dessen Diagnose mikroskopisch bestätigt war im Juli 1884, und im August 1887, also drei Jahre später, gebar die Frau ein lebendes, ausgetragenes Kind. Klob beschreibt einen Fall von Selbstheilung: Das in der Vagina primär entwickelte Cancroid wurde abgestossen, und eine bedeutend konstringierende Narbe blieb zurück; jedoch sind dies wohl Ausnahmen und zweifelhafte Fälle.

Endlich haben wir noch einer Interesse erweckenden Frage etwas näher zu treten, über welche die Ansichten

sehr geteilt sind; es ist die Frage von dem Vorkommen des primären Scheidenkrebses. Fest steht, dass der Uterus am häufigsten von allen Geschlechtsorganen des Weibes ergriffen wird, nach Virchow sind 18,5 Proz. sämtlicher Krebse Uteruskrebse. Bedeutend seltener wird allerdings die Vagina befallen, Gurlt giebt 0,19 Proz. aller Patientinnen an, und Schwarz fand 0,24 Proz., bemerkt aber, es seien nur solche Fälle aufgenommen, wo der primäre Sitz des Carcinoms mit Sicherheit in der Vagina nachgewiesen werden konnte; auch Zizold sagt, derselbe sei äusserst selten, und sucht die Ursachen des seltenen primären Vorkommens aus dem anatomischen Bau der Scheidenwand zu erklären, er findet den Grund in dem Fehlen resp. dem geringen Vorhandensein von Drüsen und ausserdem in der weniger reichlichen Versorgung der Scheide mit arteriellem Blute, und schliesslich meint er, die schnelle Verhornung und Abstossung des Epithels setze die Disposition zur Krebsentwicklung herab.

Der Meinung von dem seltenen Vorkommen des primären Scheidencarcinoms traten zuerst West und Wagner entgegen, und diesen schliesst sich Küstner an, wenn er gegen Schluss seiner Arbeit (Über den primären Scheidenkrebs) sagt: „Ich glaube bestimmt, dass mancher primäre Vaginalkrebs mit in den Topf des allgemeinen Uteruskrebses geworfen wird, und zwar weil er bereits auf die Portio übergekrochen war, und bei der ersten Konsultation oder auf dem Sektionstische beide nebeneinander gefunden wurden.“ Ueber die Frage, ob das Scheidencarcinom ein primäres ist oder nicht, wenn die Portio mitergriffen ist, entscheidet Zizold folgendermassen: „Den Hauptanhaltspunkt giebt hier das Verhalten des äusseren Muttermundes und des Cervicalkanals. Sind nur an der Aussenseite der Portio Rauhigkeiten oder auch Ulcerationen, die sich kontinuierlich von einem Ulcus in der Scheide an der Portio

fortsetzen, so kann man einen solchen Fall als primären Scheidenkrebs ansehen. Ist dagegen der Muttermund schon ergriffen, oder sind Ulcerationen im Cervicalkanal vorhanden, so wird die Diagnose in dieser Hinsicht oft zweifelhaft bleiben müssen.

Relativ häufiger ist sicher das sekundäre Carcinom der Vagina. Dasselbe geht wohl in der Mehrzahl der Fälle von einem Carcinom der Portio aus und entsteht jedenfalls direkt durch den Kontakt. Doch sind auch Fälle bekannt, in denen es von einem Carcinoma cervicis oder corporis uteri ausging. Diese nicht allzu häufige Form der Krankheit kommt dann zustande, wenn Teile jener Geschwulst in die Scheide implantiert werden, wie dies bei Totalexstirpation des Uterus gelegentlich mal vorkommen kann. Der auf diese Art entstandene Tumor ist dann natürlich kein Plattenepithelcarcinom, sondern ein Cylinderepithel- oder Adenocarcinom. Endlich kann ein Rectumcarcinom auf die Vagina übergreifen, wodurch es dann meist zu einer Fistelbildung kommt.

Wir kommen nun zum zweiten, ungleich wichtigeren Teil unserer Abhandlung, zur Komplikation von Scheidenkrebs mit Schwangerschaft. Ohne weiteres leuchtet es wohl ein, dass ein Zusammentreffen von Schwangerschaft und Carcinom überhaupt schon deswegen selten ist, weil das Carcinom eine Krankheit des höheren Alters ist, während die Konzeptionsfähigkeit des Weibes meist mit dem 45. Jahre abschliesst. Sarvey (Veits Handbuch) giebt an, dass auf 2000 Geburten ein Fall von Carcinom kommt, also 0,05 Proz. sämtlicher Geburten mit Krebs kompliziert sind. Da nun selbstverständlich die meisten Uteruskrebse sind, so ist leicht zu ersehen, wie selten die Komplikation von Scheidenkrebs mit Vagina vorkommt. Nur elf Fälle aus der deutschen, französischen und englischen Litteratur konnten wir zusammenstellen, von diesen

waren nur acht mit Sicherheit primäre Scheidencarcinome, zwei gingen jedenfalls vom Uterus aus und einer vom Rectum. Interessant dürfte die Beobachtung sein, dass das Carcinom bereits vor der Konzeption bestanden haben kann, und dass es während der Gravidität sich entwickeln kann, gewöhnlich aber ist es wohl in seinen Anfangsgründen schon vor der Gravidität vorhanden. Unerörtert wollen wir die Frage lassen, wie weit ein Carcinom auf die Konzeption von Einfluss sein kann. Als ein Glück aber ist es zu betrachten, dass beides, Carcinom und Schwangerschaft, so selten nebeneinander bestehen, weil dadurch — wie schon oben gesagt — zwei Menschenleben in Gefahr geraten.

Zunächst soll uns jetzt die Frage beschäftigen, welchen Einfluss das Scheidencarcinom auf die Schwangerschaft hat.

Theoretisch ist anzunehmen, dass im allgemeinen die Schwangerschaft ihr normales Ende erreicht, wenn das Carcinom sich auf die Vagina beschränkt, auch wohl noch, wenn die Portio mitergriffen ist, unter der Voraussetzung, dass das Allgemeinbefinden der Frau ein gutes ist. Reicht aber der Prozess weiter hinauf, dann wird eher die Möglichkeit eines Abortus vorliegen; ebenso ist es wohl klar, dass durch starke Blutungen geschwächtes Allgemeinbefinden, schwere Anämie und die Kachexie das Zustandekommen einer Frühgeburt begünstigen. In unseren elf Fällen waren drei Kinder ausgetragen (Fall XI einbegriffen), drei künstliche Frühgeburten, zwei Aborte, eine Frau starb unentbunden und in zwei Fällen fehlen die Angaben über diesen Punkt. Sonderbarerweise war in den beiden Fällen von Abortus die Portio sehr wenig ergriffen gewesen, woraus man ersieht, dass die oben aufgestellte Theorie nicht ganz richtig ist, und dass hierbei noch andere Momente in Kraft treten; vielleicht könnte man daran denken, dass die Geschwülste an und für sich durch mechanische

Reizung, ähnlich wie ein Tampon, den man in die Scheide legt, eine abortive Wirkung haben.

Fragen wir andererseits nach der Einwirkung der Gravidität auf das Carcinom, so ist zu sagen, dass die an und für sich schon bestehende Gefahr, in der sich die Kranken befinden, durch das Hinzukommen der Schwangerschaft noch bedeutend erhöht wird. Um dies zu verstehen, müssen wir etwas weiter ausholen. Mit dem Eintreten der Gravidität spielen sich im Körper des Weibes mannigfache Veränderungen ab, die alle darauf gerichtet sind, die keimende Frucht wachsen zu lassen und für ihre Ernährung vor und nach der Geburt zu sorgen, darum die Veränderung in den weiblichen Brüsten, die bedeutend voller werden, vor allem aber ändert sich die Beschaffenheit des Uterus und seiner Adnexe. Der Uterus wird gewissermassen das Centrum für die ganze ungeheuere Arbeit, für jene wunderbaren Vorgänge, welche einen Organismus entstehen lassen. Um dieser Arbeit gewachsen zu sein, stellt sich eine physiologische Hypertrophie der muskulösen Wand ein, ferner werden Uterus und Scheide bedeutend mehr mit arteriellem Blute versorgt, und gerade hierin liegt der Hauptgrund der Gefahr; durch diese vermehrte Blutzufuhr wird das Wachstum dieser malignen Tumoren ausserordentlich gefördert, während andererseits dem Körper ein gut Teil Nahrung entzogen wird; dass auf diese Weise das Leben der Frauen stark gefährdet wird, ist wohl ohne weiteres klar; hierzu kommt noch, dass, je grösser diese Tumoren werden, auch der Zerfall und die Ulceration zunimmt, es kommt dann leichter zu Blutungen, die nicht nur schwächend, sondern sogar direkt tödlich wirken können.

Wenn auf diese Weise das Leben der Mutter bedroht ist, so besteht auch Gefahr für das Leben des Kindes, da mit dem Tode der Mutter auch das Leben des Fötus

aufhören muss, wenn nicht das Kind lebensfähig ist und noch zur rechten Zeit durch Sectio caesarea gerettet wird. Eine weitere Gefahr für den Fötus liegt in dem Uebergreifen des Carcinoms auf den Uterus, wodurch dem Kinde die Lebensbedingungen entzogen werden; endlich ist noch die schon oben erwähnte eventuell eintretende Frühgeburt als Gefahr für das Kind zu nennen.

Und endlich, welchen Einfluss hat das Carcinom auf die Geburt, und welche Gefahren bestehen dabei? Natürlich können kleinere und weiche Geschwülste beiseite gedrängt werden und so den normalen Geburtsverlauf gar nicht stören, so geschah es in unserem Falle. Wie wir in dem Falle von Bailly gesehen haben, kann der Tumor aus der Scheide herausgedrängt werden und sich nach der Geburt wieder zurückziehen; doch dieses glatte Ablaufen gehört wohl zu den Ausnahmen, oft genug wird es wohl zu Scheidenrissen und, wenn die Portio mitbeteiligt ist, auch zu Cervixrissen kommen; und selbst nach erfolgter Geburt ist die Gefahr für die Mutter noch nicht gehoben, da doch durch die jauchenden Sekrete leicht eine Peritonitis oder auch eine Sepsis herbeigeführt werden kann. Oefters aber ist es geradezu unmöglich, dass das Kind auf natürlichem Wege geboren wird, wenn die Geschwulst als unüberwindliches Geburtshindernis wirkt, mag sie nun als grosser Tumor einer Wand aufsitzen oder die Scheide in ein starres Rohr verwandelt haben, dann ist natürlich sowohl Mutter als Kind in Gefahr, kommt es doch leicht zu Uterusruptur, wenn nicht schnell künstliche Hülfe zur Hand ist.

Aus alledem ist zu ersehen, dass die Prognose solcher Fälle eine sehr traurige ist. In den oben beschriebenen elf Fällen wurden nur zwei lebensfähige Kinder geboren. Bailly sagt nur, dass das Kind ausgetragen war, nicht aber, ob es lebte. In dem letzterwähnten Falle von

Roulston wäre das Kind zu retten gewesen, aber es war nichts zu diesem Zwecke geschehen. Aber auch wenn Geburt und Wochenbett gut verlaufen, ist die Mutter noch immer in Gefahr, da selbst operierte Fälle bald einem Rezidiv erliegen, wie es ja auch in dem von uns beobachteten Falle geschah. Nur eine von den elf oben verzeichneten Patientinnen lebte über ein Jahr nach der Entbindung.

Was nun die Diagnose anbetrifft, so ist das Carcinom wohl immer leicht zu erkennen, wenn es schon etwas vorgeschritten ist, ebenso ist eine Gravidität, die über drei Monate besteht, leicht festzustellen; anders aber verhält sich die Sache, wenn das Carcinom sich noch im Initialstadium befindet, und sein Charakter noch nicht ausgebildet ist, anders auch, wenn die Gravidität noch nicht drei Monate besteht: in solchen zweifelhaften Fällen soll man nach Sarvey auf alle Fälle Gewebsteile einer etwa gefundenen, verdächtigen Geschwulst excidieren und mikroskopisch untersuchen, und falls der Uterus vergrössert erscheint, soll zum mindesten die Möglichkeit einer Gravidität ins Auge gefasst werden.

Nun zur praktisch wichtigsten Frage. Was kann und soll der Arzt in solchen schwierigen Fällen thun? Die Therapie kann natürlich nur eine operative sein. Dabei haben wir zwei Punkte zu berücksichtigen, ob das Carcinom noch operabel ist oder nicht. Inoperabel ist das Carcinom, wenn bereits Portio und Parametrien derart durch Geschwulstmassen mit dem umliegenden Bindegewebe verwachsen sind, dass der Uterus nicht mehr beweglich ist. In solchen Fällen ist die Behandlung selbstverständlich eine exspektative und symptomatische, und man wird höchstens versuchen, das Leben des Kindes zu retten, was dann wohl meist durch Sectio caesarea zu geschehen hat.

Ist aber das Carcinom noch operabel, dann richtet sich das Verfahren nach der Schwangerschaftszeit.

Bis zum vierten Monat wird man auf das Leben des Embryo keine Rücksicht nehmen, die Frühgeburt einleiten und gleich nach der Geburt Geschwulst und Uterus exstirpieren; für den Fall, dass die Geburtswege durch die Geschwulstmassen verlegt sind, wird man versuchen, letztere erst zu exstirpieren und daran die Totalexstirpation des Uterus per vaginam anschliessen.

Ist nun die Gravidität schon weiter fortgeschritten, im fünften bis siebenten Monat, so wird es sich kaum empfehlen, etwa abzuwarten, bis das Kind lebensfähig ist, da es doch zum mindesten fraglich ist, ob die Mutter nicht schon vorher dem Leiden erliegen wird, auch in solchen Fällen kommt nur das Leben der Mutter in Frage. Falls es möglich ist, wird man eventuell nach Auskratzen der Geschwulstmassen die Frühgeburt einleiten und im Anschluss an die Geburt Geschwulst und Uterus samt den Adnexen herausnehmen. Ist dieses Verfahren unmöglich, wie es der Fall ist, wenn die Portio stark infiltriert ist oder die Vagina in ein starres Rohr verwandelt ist, dann käme die abdominale Totalexstirpation des Uterus nach Freund in Betracht, und im Anschluss daran wäre die Geschwulst oder die ganze Vagina zu exstirpieren.

Wenn aber das Kind lebensfähig ist, also im achten bis zehnten Schwangerschaftsmonat, dann muss der Arzt versuchen, Mutter und Kind am Leben zu erhalten. Ist die Geschwulst klein, oder kann sie durch Auskratzen hinweggeräumt werden, so ist, wenn der Muttermund nicht stark infiltriert ist, letzterer zu erweitern und das Kind zu extrahieren; ist die Portio stark ergriffen, während das Carcinom nicht als Geburtshindernis wirkt, so könnte man den vaginalen Kaiserschnitt machen. Das rationellste Verfahren aber ist der abdominale Kaiserschnitt, der ge-

macht werden muss, falls das Carcinom der Vagina ein unüberwindliches Geburtshindernis ist. Allen diesen Operationen hat die Exstirpation des Uterus und seiner Adnexe, sowie die Exstirpation der Geschwulst eventuell der ganzen Scheide zu folgen.

Und was soll geschehen, wenn man während der Geburt einen Scheidenkrebs entdeckt? Wirkt dieses Carcinom nicht als Hindernis, so ist das Ende der Geburt abzuwarten; bildet es aber ein Hindernis, so muss man versuchen, dasselbe möglichst auf stumpfen Wege hinwegzuräumen, und dann die Geburt sich selbst überlassen. Ist aber das Hindernis unüberwindlich, so ist die Sectio caesarea abdominalis zu machen; der Geburt hat natürlich Exstirpation des Uterus und seiner Adnexe sowie des Carcinoms zu folgen.

Wir kommen jetzt zur Operation des Carcinoms selbst. Ist nur die Scheide befallen, so ist die Geschwulst, wenn sie nicht zu gross ist, zu excidieren. Dies geschieht wohl am besten in der Weise, dass man den Tumor etwa 2 cm im Gesunden umschneidet und ihn dann stumpf von der Unterlage weg präpariert. Ist die Portio mit ergriffen, so ist diese zu amputieren; ist der Uterus gravid, so ist er, wie schon oben gesagt, zu exstirpieren, und zwar mit seinen Adnexen, dies letztere geschieht einerseits, um einer nochmaligen Schwangerschaft vorzubeugen, und andererseits, um etwaige Infektionen zu verhindern.

Ist das Carcinom aber ausgedehnter, oder hat die Geschwulstwucherung die Scheide in ein starres Rohr verwandelt, dann ist die Totalexstirpation der Scheide zu machen, wobei natürlich auch der nicht gravide Uterus mit zu exstirpieren ist, da doch die Sekrete des Uterus keinen Abfluss hätten.

Ist endlich das Rectum mit ergriffen, so ist die Resektion des Mastdarms mit der Operation zu verbinden.

Wie aber ist die Totalexstirpation der Vagina zu machen? Dies scheint noch ein strittiger Punkt zu sein, es giebt drei Wege, von der Scheide aus, vom Damm aus und die sakrale Methode.

Veit spricht sich für die sakrale Methode aus, die zweifellos sehr zu empfehlen ist, falls das Rectum mit ergriffen ist, und so eine Rectumresektion indiziert ist; gerade durch die sakrale Methode, meint Veit, lässt sich die Blutung am besten beherrschen, und ausserdem wird namentlich bei hochsitzendem Scheidenkrebs die Impfinfektion mit Sicherheit vermieden.

Zuckerkandl wies zuerst auf die Operation vom Perineum aus hin, welche Olshausen empfiehlt; derselbe macht einen Querschnitt durch das Perineum und arbeitet sich möglichst stumpf in die Höhe, um die Vagina zu lösen, das Peritoneum wird durchtrennt, sodass der Douglas'sche Raum hinter der Vagina eröffnet wird. Der Uterus wird nach hinten umgestülpt, die Adnexe unterbunden. Dann wird schliesslich noch die Scheide von der Blase getrennt und Uterus und Scheide zusammen herausgenommen. Sippel in Frankfurt a. M., der ebenfalls für die perineale Methode sich ausspricht, macht einen schrägen Schnitt, der von der linken Seite des Introitus vaginae ausgehend, etwas hinter deren Mitte beginnt, in der Mitte zwischen Anus und Tuber ischii nach hinten aussen verläuft und die Höhe der Analöffnung nach hinten um 3—4 cm überragt; er lobt diese Schnittführung sehr und behauptet, die Blutung sei gering gewesen und das Operationsfeld sehr übersichtlich.

Strauss berichtet endlich einen Fall, wo nach Chlorzinkätzung die ganze Vagina nekrotisch ausgestossen wurde, und fordert zu weiteren Versuchen auf; doch ist davon entschieden abzuraten, da man es doch nicht in der Hand hat, die Aetzung beliebig weit gehen zu lassen,

denn, dass Clorzink nur kranke Teile ätze, ist wohl nur eine vage Behauptung, wie leicht können durch diese Aetzung Teile von Blase und Mastdarm mit ergriffen und nekrotisch ausgestossen werden.

Fragen wir uns zum Schluss, was für Aussichten wir durch die Therapie haben, so muss man wohl zugestehen, dass dieselben zur Zeit noch nicht zu glänzende sind, doch stehen wir solchen Fällen gegenüber jetzt nicht mehr so machtlos da, als früher, wo derartige Fälle ein Noli me tangere für den Arzt waren. Die verbesserte Diagnostik und Therapie der Neuzeit, welche unsere Wissenschaft schon so viele und grosse Erfolge erringen liess, berechtigt uns zu der Hoffnung, dass die Resultate der Behandlung solcher Fälle sich doch noch günstiger in Zukunft gestalten werden.

Vorstehende Arbeit will ich damit beschliessen, dass ich meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Zweifel, für die gütige Ueberlassung des Falles, sowie Herrn Dr. Backhaus, erstem Assistenten der Frauenklinik, meinen herzlichsten Dank ausspreche.

Litteratur.

Veit: Handbuch der Gynäkologie.

v. Winckel: Lehrbuch der Frauenkrankheiten.

Breisky: „Die Krankheiten der Vagina“ in Billroths Handbuch der Frauenkrankheiten.

Küstner: „Über den primären Scheidenkrebs.“ Archiv für Gynäkologie, 1876.

Bruckner: „Der primäre Scheidenkrebs und seine Behandlung.“ Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. VI.

Rüter: „Ein Fall von Carcinom der Scheide.“ Centralblatt für Gynäkologie, 1887, Nr. 38.

Schwarz: Über die Erfolge der Radikaloperation der Vulva- und Vaginacarcinome. J. D. Berlin 1893.

Strauss: Über einen Fall von primärem Carcinom der Scheide. J. D. Würzburg 1892.

Hirsch: Der primäre Scheidenkrebs. J. D. Halle 1883.

Sippel: „Totalexstirpation der Scheide mit Uterus wegen Carcinom.“ Centralblatt für Gynäkologie, 1900, Nr. 4.

Blesson: „Influence de la grossesse sur la marche clinique du cancer.“ Paris 1884.

Potter: „Case of pregnancy complicated with malignant growths in the vagina and rectum.“ Transactions of the obstetrical society of London. Vol. XX, 1878.

Roulston: „Case of malignant disease of the vagina complicated by pregnancy.“ Association Medical Journal. Sept. 1856.

Simpson: „Carcinoma vaginae in a pregnant female.“ Edinburgh Medical Journal. 1879.